



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190449254 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSALIA FREIRE ROSA **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO. P.8

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA+RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL) E ALTA MÉDICA. P.9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE HÁLUX ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190449254 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSALIA FREIRE ROSA **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO. P.8

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA+RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL) E ALTA MÉDICA. P.9

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE HÁLUX ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

---

**Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190449254**

**Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA**

**Data do Acidente: 06/06/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROSALIA FREIRE ROSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190449254**

**Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA**

**Data do Acidente: 06/06/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ROSALIA FREIRE ROSA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449254

Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSALIA FREIRE ROSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ROSALIA FREIRE ROSA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 341

Agência: 000000550

Conta: 0000016882-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 073.325.124-24 4 - Nome completo da vítima: ROSALIA FREIRE ROSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ROSALIA FREIRE ROSA 6 - CPF: 073.325.124-24  
7 - Profissão: MANICURE 8 - Endereço: RUA DR. VALDIR ROSSO 9 - Número: 20 10 - Complemento: 13  
11 - Bairro: IMBIRIBEIRA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.150-070  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 1811-3488-7131

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0550 CONTA: 18827 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data de óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou ascendentes (pais/avós)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: 05.802.494/0001-41

CPF: TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS ITDA

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: 26 JUL 2019

CPF: Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E

Rua Vista CEP 50.060-010

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: OLINDA 30 DE JULHO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190449254** 3 - CPF da vítima: **073.325.124-24** 4 - Nome completo da vítima: **ROSÁLIA FREIRE ROSA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **Rosália Freire Rosa** 6 - CPF: **073.325.124-24**  
7 - Profissão: **MANICURE** 8 - Endereço: **Rua Doutor Valdir Pessoa** 9 - Número: **52** 10 - Complemento: **A**  
11 - Bairro: **Imbirizinha** 12 - Cidade: **Recife** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.000.000**  
15 - E-mail: **(81) 9.8488.7131** 16 - Tel (DDD): **(81) 9.8488.7131**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0550** CONTA: **46882** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (razão)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: **05.802.494/0001-41**  
CPF: **TRACÃO CORRETORA**  
**DE SEGUROS LTDA**

Assinatura da testemunha: **07/10/2019**

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar, Bl. C  
Rua Vista - CEP: 50.060-010

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Olimpia, 05 de agosto de 2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141000325**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2018** às **11:56**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **6/6/2017** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PINHEIROS, 01, PRÓXIMO AO COLÉGIO PINHEIROS -**  
Bairro: **IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
ROSÁLIA FREIRE ROSA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVÍDUO  
DESCONHECIDO

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETOHA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**ROSÁLIA FREIRE ROSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SILVIA LOPES FREIRE Pai: LAÉRCIO SOARES ROSA Data de Nascimento: 3/12/1987 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA DOUTOR VALDIR PESSOA, 52, CASA A - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**INDIVÍDUO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL (OUTROS TIPO DE OBJETO)** de propriedade do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
Descrição: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Complemento / Observação

**INFORMA A NOTICIANTE QUE NO DIA 06/06/2017, POR VOLTA DAS 18:00 HORAS, QUANDO ANDAVA NA AVENIDA PINHEIROS, PRÓXIMO AO COLÉGIO PINHEIROS, FORA SURPREENDIDA COM UM VEÍCULO TAXI QUE ATRAVESSOU A CICLOFAIXA E LHE ATINGIU NO PÉ ESQUERDO CAUSANDO UMA FRATURA NO DEDÃO (HALUX) DO MESMO PÉ. DECLARA QUE NA OCASIÃO FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE PASSOU POR UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SANAR A LESÃO. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**ROSALIA FREIRE ROSA**

**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ROSALVO FRANCISCO BARBOSA MAT 208.202-0**



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 073.325.124-24 4 - Nome completo da vítima: ROSALIA FREIRE ROSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ROSALIA FREIRE ROSA 6 - CPF: 073.325.124-24  
7 - Profissão: MANICURE 8 - Endereço: RUA DR. VALDIR ROSSO 9 - Número: 20 10 - Complemento: 13  
11 - Bairro: IMBIRIBEIRA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.150-070  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 1811-3488-7131

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (343)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0550 CONTA: 18827 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data de óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou ascendentes (pais/avós)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: 05.802.494/0001-41

CPF: TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS ITDA

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: 26 JUL 2019

CPF: Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E

Rua Vista CEP 50.060-010

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: OLINDA 30 DE JULHO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Boletim de Pronto Atendimento de Emergência e Urgência

Queixa Principal / História

PACIENTE REFERE QUE UM CARRO PASSOU SOBRE SEU HALUX ESQ

Antecedentes

SIM NÃO  
DM: ☐ ☒

HAS: ☐ ☒

Medicamentos: ☐ ☒

Alergia: ☐ ☒

Exame Físico

EG Bom	Orientado e Conversando	Consciente	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

	Não Examinado	Normal	Alterada	Observação
ACV:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AR:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AD:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SN:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SGU:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ORL:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pele:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

AP, Locomotor:

☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

Outros: SOL DE CONT EM 1 PDE COM AVULSÃO DE UNHA E PERDA DE SUBSTANCIA,

Aferições

PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O2
		15					

**IPAS**  
Instituto Pernambuco de Assistência à Saúde  
Rua da Aurora, nº 175, SL 907 BL. E  
Recife - PE - 51150-010  
CRM: 8500  
Dr. Marcello Soares  
Coordenador de Pronto Atendimento - UPA 24h

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
Recife, 11 de Julho de 2019  
DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 907 BL. E

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA  
CRM: 8500  
RECIFE-PE

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSALIA FREIRE ROSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00550

CONTA: 000000016882-7

---

Autenticação:

B21A60A0CE6CB754C64B057D9C7CC3D105B3C15B64422524263394B944D52D5C

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-9167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

EDUARDO LUIZ DE BRITO  
CPF: 653.565.274-20

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DR VALDIR PESSOA 20 B

IMBIRIBEIRA/RECIFE  
51150-079 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

DATA DE VENCIMENTO

26/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

111,03

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/06/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/06/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

066273481

CONTA CONTRATO

007902898424

Nº DO CLIENTE

2982943765

Nº DA INSTALAÇÃO

0003006995

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

D05C.BF93.05A8.37D8.0FC6.47CE.9B9B.0DA9

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	118,00	0,74193679	87,54
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,71
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 054858891-20/03/19			0,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 058537270-17/04/19			0,72
Multa por atraso-NF 058537270 - 17/04/19			1,74
Juros por atraso-NF 058537270 - 17/04/19			0,64
Atualização IGPM-NF 058537270 - 17/04/19			0,57
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>111,03</b>

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt. Raiz	Valor
24/06/19	17/06/19	108,14

Este comunicado NÃO substitui avisos de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 39 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh) 3,54X20000	
	JUN 19 118
	MAY 19 114
	ABR 19 113
	MAR 19 119
	FEV 19 100
	JAN 19 103
	DEZ 18 103
	NOV 18 103
	OCT 18 104
	SET 18 97
	AGO 18 102
	JUL 18 96
	JUN 18 105

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
88,25	25,00	22,06	88,25	0,17	0,15	88,25	0,79	0,69

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	Δ JÚRIS	CONSUMO kWh
084588	CAT	17/05/2018	21.725,00	17/06/2019	21.843,00	365	1.000,00	118,00	118,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
Abr/2019					
DCE-Não de horas sem Energia	IMBIRIBEIRA	0,01	4,83	0,67	10,34
FIC-Não de horas sem Energia		1,00	3,11	0,32	12,48
DWC-Duração máxima de interrupção simultânea		0,00	2,00	0,00	0,00
DCCI-Duração de interrupção em dia útil					Limite DCCI: 12:25
EURO-Valor da Encargos de Uso = R\$ 38,20					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você: cartão: x. francisco correa de menezes 100 Imbiribeira / supermercado asunção: x. Jean emite fatura 840 (papel) lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br). Na data da fatura a Bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade na ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007902898424	06/2019	111,03	26/06/2019	

838400000014 110300110077 0028984241007 141189962430

Evite danos ao documento. Este carhoto será usado em leitores ótica.





**celpe**  
Grupo Educacional  
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02  
**COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116**  
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 321 6142  
 Ouvidoria 0800 382 5599  
 Conselho de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
 de São Paulo - CRSP-SP: 0800-727-0167 - Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.eneel.gov.br](http://www.eneel.gov.br).

64C0.19F3.D13D.B580.A43B.HFC0.5ADF.E5E5

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este carbone será usado em leitura ótica.

DECEMBER 1982

© 2000 by John Wiley & Sons, Inc.

**CSQID**

240

— 1990 1 x7 - 60

44

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as operações suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALLIONE GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF 028.466.664-159, inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROSALIA EDNA ROSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.913.124-24, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA-ME Renda: RECUSA-ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>AV Prof Agamenon Magalhães</u>		<u>473</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>VILA POPULAR</u>	<u>OLINDA</u>	<u>PE</u>	<u>53230-010</u>
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(81) 98485-7132</u>	

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

Olinda de Julho de 2019

Allione Gomes da Silva

Assinatura do Declarante



Boletim de Pronto Atendimento de Emergência e Urgência

Queixa Principal / História

PACIENTE REFERE QUE UM CARRO PASSOU SOBRE SEU HALUX ESQ

Antecedentes

SIM NÃO  
DM: ☐ ☐

HAS: ☐ ☐

Medicamentos: ☐ ☐

Alergia: ☐ ☐

Exame Físico

EG Bom	Orientado e Conversando	Consciente	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

	Não Examinado	Normal	Alterada	Observação
ACV:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AR:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AD:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SN:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SGU:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ORL:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pele:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

AP. Locomotor:

☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA  
Outros: SOL DE CONT EM 1 PDE COM AVULSÃO DE UNHA E PERDA DE SUBSTANCIA.

Aferições

PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O2
		15					

RECIFE  
Dr. Marcelo Silva  
CRM: 8500

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
Recife, 11 de Julho de 2019 DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bl. C

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA  
CRM: 8500 RECIFE-PE



Prescrição.: 1323673 Data: 06/06/2017 16:33  
Usuário.: JOSESS  
Atendimento: 964739 Dt Nasc: 03/12/1987 (31a 7m 8d)  
Convênio.: SUS - AMBULATORIO  
Paciente.: 474156 - ROSALIA FREIRE ROSA  
Peso.: Altura: Sup. Corporea:  
Internação.: 06/06/2017 16:28 0 Dias(s) int  
Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA - CRM 8500  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid.: S924 FRAT DO HALUX Cido.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

#### EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX PE ESQUERDO A.P. / OBLIQUO : Exame:	1					06/06/16:33

Dr. Marcello Silveira  
CRM 8500 - R. da Aurora, 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: ROSALIA FREIRE ROSA

Data de Nascimento: 03/12/1967 Data Atendimento: 06/06/2017

Prontuário: 0000474156 Cód. Atendimento: 00964739

Nome do Hospital: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Senha: 5185346

Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: ESMAGAMENTO HÁLUX ESQ. FRATURA EXPOSTA ?????

Recife, 06 de Junho de 2017

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA  
CRM: 8500

IPAS  
IMBIRIBEIRA  
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902-BL. C  
BOA VISTA - RECIFE-PE

Dr. Marcello Silva  
CRM: 8500

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902-BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

## TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: ROSALIA FREIRE ROSA  
Data de Nascimento: 03/12/1987 Data Atendimento: 06/06/2017  
Prontuário: 0000474156 Cód. Atendimento: 00964739  
Nome do Hospital: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
Senha: 5185346  
Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio  
☐ Acompanhamento Médico  
Observação: ESMAGAMENTO HÁLUX ESQ. FRATURA EXPOSTA ?????

Registado em 06 de Junho de 2017  
Dr. José Sérgio S. Souza  
Traumatologia Ortopedia  
CRM 8500 SBO 10096

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA  
CRM: 8500

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





# HOSPITAL GETULIO VARGAS

## EMERGÊNCIA



### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 444066

Prontuário: 1053659

Nome: ROSALIA FREIRE ROSA

Data Nasc.: 03/12/1987

Idade: 29

Sexo: FEMININO

Cor:

CPF:

RG:

CNS: 706805226555322

Endereço: RUA DOUTOR VALDIR PESSOA

Nº: 20

Bairro: IMBIRIBEIRA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 51150070

Fone: 83372737

Profissão:

Nome da Mãe: SILVIA LOPES FREIRE

Acompanhante: ALEX PEREIRA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT. POR CHRISTIANE, SENHA 5185346, REFERE DOR E EDEMA EM MIE, APOS ATROPELAMENTO DE CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 06/06/2017 HORA: 18:57 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Paciente refere que o pneu do carro passou por cima do pé (E)

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: mQueimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

HAS (-) DM (-) Alergia (-)

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

ECG, consciente, orientado

B: Respiratório

eupneia

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm.

corada

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

ferimento + lesão luto ungueal em halux  
pé (E)

Bom perfusão

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Tratamento / Procedimentos:

Indicação Cirúrgica: Sim ☒ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico: CRM/CRO: Data: Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Cadastramento: 06/06/2017 18:57 h JOSENEIDEAS

Impressão: 06/06/2017 18:57 h JOSENEIDEAS



26 JUN 2019  
Rua da Aurora, 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

## LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

(03 vias)

CARTÃO SUS:

SENHA:

Nome do paciente: ROSALIA FREIRE ROSA

DATA DE NASCIMENTO

SEXO: MASCULINO

Nº DO REGISTRO: 1053659

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO

Nº 35:

BLOCO:

APT:

BAIRRO:

MUNICÍPIO: RECIFE

UF: PE

CEP:

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA APÓS ATROPELAMENTO EM PÉ ESQUERDO

EXAME FÍSICO EGB COTE AFEBRIL

DEFORMIDADE + FERIMENTO EM HALUX E

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES: RX + ANAMNESE + EX FÍSICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: FRATURA EXPOSTA DE HALUX E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

\*\*\* = RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL + IMOBILIZAÇÃO adesiva

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

ORTOPEDIA

CÓDIGO

CARATER DA INTERNAÇÃO

URGENCIA

DATA: 08/06/2017

Caio Siqueira  
Médico  
CRM/PE 25462

CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

DATA: 08/06/2017

CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

## PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

## AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro

Recife/PE - CEP 50.630-060

Fone: 0XX8131845600

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
26 JUN 2018Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. E  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE, PEFernando Mendonça  
Médico  
CRM 8541



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL  
Getúlio Vargas

## SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

Rosalina Farias Rosa

02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE:

Sílvia Lopes Farias

CARTÃO BLUE:

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

DATA DE NASCIMENTO:

03/12/87

IDADE:

29

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F: ☐M: ☐

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Fractura exposta do hálux e

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Tratamento cirúrgico

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 06.06.17

DATA DA ALTA: 08.06.17

DIAS DE INTERNAÇÃO: 2

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

0408050420

CID:

S93.4

CARIMBO REVISÃO/ATURAMENTO

 Formulário  
Médico  
Cópia 854/17

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CEJURBÃO	Dr. Sílvia Cavalcanti	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dr. Carlos Siqueira	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE  
☐ DIÁRIA DE UTI  
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL  
☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO  
☐ USO DE OXIGÊNIO

- ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE  
☐ REMODELAÇÃO

## RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

 05.802.437  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2019

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C.  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

 MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA  
☐ OUTROS:

OSTO:

☐ IML ☐ SVO ☐ SO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA

MÉDICO RESPONSÁVEL  
ASSINATURA/CARIMBO
 Avenida General Sampaio, s/n - Centro  
 FORTALEZA - CEP: 60.000-000  
 Fone: (0XX) 81.31642800



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: ROSALIA FREIRE ROSA

Registro: 1053659

Data da operação: 06/06/17

Operador: Dr DRA SILVIA CAVADINHA 1º auxiliar: Dr CAIO SIQUEIRA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX E

Tipo de operação: LMC + RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob ANESTESIA local
- 2) Assepsia e antissepsia
- 3) Aposição de campos estéreis.
- 4) Ampliação da ferida
- 5) Lavagem copiosa do ferimento
- 6) Reconstrução do leito ungueal com nylos 5.0 + curativo com parte do equipo do soro.
- 7) Curativo
- 8) Imobilização adesiva
- 9) Boa Perfusão após procedimento

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Caio Siqueira  
Médico  
CRM/PE 25983





SUMÁRIO DE ALTA

NOME: *Maria Francisca*

02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

*1053659*

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

*1053659*

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F. ☐ M. ☐

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

*fratura exposta do braço E*

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

*Tratamento cirúrgico*

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: *06, 06, 17*

DATA DA ALTA: *08, 06, 17*

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	QUIRURGIÃO	<i>Dr. Flávia Cavalcanti</i>	
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO	<i>Dr. Carlos Augusto</i>	
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE  
☐ DIÁRIA DE UTI  
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL  
☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO  
☐ USO DE OXIGÊNIO

- ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE  
☐ HEMODIÁLISE

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

05.802.494/0001  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2018

*Fratura exposta do braço direito  
em 1º E.*

MEDICAÇÕES UTILIZADAS EM ALTA:

Rua da Aurora, 111 - 1º andar  
Recife - PE - CEP 50.060-010

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

*Fratura exposta do braço E*

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ☐ DURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA  
☐ OUTROS:

OBITO:

☐ IML ☐ SVO ☐ SO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

*Ceftriaxona 1g/2v/12h / Analgésico / Retorno em 48 horas para avaliação*

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente



*08 06 17*

DATA

Dr. Carlomano Maciel  
Ortopedia  
CRM 12574 - RJ01 822

MÉDICO RESPONSÁVEL  
ASSINATURA/CARIMBO



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b> 				SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Rosalia Freire Rosa</u>				02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE: <u>Silvia Lopes Freire</u>				CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO:		
DATA DE NASCIMENTO: <u>03/12/87</u>	IDADE: <u>29</u>	PESO:	ALTURA:	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura exposta do hálux e</u>					
COMORBIDADE:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Tratamento cirúrgico</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>06.06.17</u>		DATA DA ALTA: <u>08.06.17</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO: <u>2</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0408050470</u>		CID: <u>S92.4</u>		CARGO/REVISOR/ELABORADOR: <u>Fernando M. Silva</u> CRM 5541	
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA	
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Silvia Cavalcanti</u>			
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Carlos Siqueira</u>			
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE  <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI  <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO                         </div> <div> <b>PROCEDIMENTOS ESPECIAIS</b>  <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL  <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO  <input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO                         </div> <div> <input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE  <input type="checkbox"/> HEMODIALISE                         </div> </div>					
<b>RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)</b> ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: 05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 26 JUL 2019					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:		Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE, PE			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:		<u>Alta</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:					
MOTIVO DA ALTA:		CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>		OUTROS: <input type="checkbox"/>	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:		OBTOR:		IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> SO: <input type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					

DATA

MÉDICO RESPONSÁVEL  
ASSINATURA/EMPENHO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE  
RISCO DE QUEDA**

NOME: Rosalina Truere Rosa

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 26/06/17

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.  
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

**CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.**

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☒ NÃO SE APLICA

**ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:**

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): \_\_\_\_\_

**RECOMENDAÇÕES:**

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: \_\_\_\_\_

Avenida General San Martín s/n - Cordão  
Recife/PE - CEP 50.630-090  
Fone: (011) 31945600

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2017



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



## BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME: ROSALIA FREIRE ROSA**

**1. Ocorrência da Emergência: 444066**

1.1 - Atendimentos em: 06/06/17

1.2 - Às 18 horas e 57 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

**2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1053659**

2.1 - Internado em: 06/06/17

2.2 - Alta em: 08/06/17

**3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO.**

**4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 06/06/17: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL.**

**5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

DATA: 9.1.2018

HORA: 15:53:35

PASTA: 01.01.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGURANCA  
26.01.2019  
Rua da Aurora, 175, 1º andar  
Boa Vista - CEP: 55060-000  
RECIFE-PE

Data e hora ratificada da senha: 06/06/2017 18:56

Nome Paciente:	ROSALIA FREIRE ROSA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	03/12/1987
Sexo:	Feminino
Idade:	29
Senha:	E0026
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 06/06/2017 18:53 - 06/06/2017 18:51

CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE REFERE QUE AO'S ATROPELAMENTO POR CARRO APRESENTA DOR E EDEMA EM MIE

Observação: NEGA ALERGIA

HAS

SIN

Tuxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador sig: DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Loco: REGUA DE DOR: 5

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 BL. C  
Roa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 06/06/2017 18:51

QS:802.494/0001-40  
TRACÃO CORRITORA  
DE SEGUROS LTDA

2 E 3º 700

Rua da Aurora, nº 275-51 900-000

Boa Vista - CEP-50.060-010

RECIFE-PE



Reserva Final Renda

05.802.894/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

IMP DA ABRIL Nº 175, 12.902 R-4  
RUA VISTA-DE-PORTO-DE-ALTO

RECIBO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO Nº 7.033.716 DATA DE EMISSÃO 15.12.2006

**ROSALIA FREIRE ROSA**

PAI: Laercio Soares Rosa  
MÃE: Silvia Lopes Freire

NACIONALIDADE Recife-PE DATA DE NASCIMENTO 03.12.1987

CN.1099, LAA-01, F.275v- Cart. De Pina-Recife  
PE

073.325.124-24

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO E-01  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL E-2116600  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALORES HUMANOS

COPIA DO DITO

*Rosalia Freire Rosa*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE